＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

「指定地域密着型通所介護」
「指定相当通所型サービス」

石巻市雄勝デイサービスセンター

重要事項説明書

石巻市雄勝デイサービスセンターは介護保険の指定を受けています。
介護保険事業所番号　第０４７０２０１１４６号

令和8年8月1日改定

指定地域密着型通所介護
指定相当通所型サービス
石巻市雄勝デイサービスセンター　重要事項説明書

◆◇目　次◇◆

1. 施設経営法人・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１ページ

2. ご利用施設・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２ページ

3. 職員の配置状況等・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４ページ

4. 介護保険給付等の対象となるサービス・・・・・・・・４ページ

5. 介護保険給付等の対象とならないサービス・・・・・９ページ

6. 利用料金のお支払い方法・・・・・・・・・・・・・・・９ページ

7. 利用中止に伴うキャンセル料金・・・・・・・・・・・９ページ

8. サービス利用中の医療について・・・・・・・・・・・９ページ

9. 相談・苦情等の受付について・・・・・・・・・・・・10ページ

10. 事故の対応と損害賠償責任について・・・・・・・・10ページ

11. 身体拘束の廃止について・・・・・・・・・・・・・・10ページ

12. 人権擁護・虐待防止について・・・・・・・・・・・・11ページ

13. サービスの利用に関する留意点・・・・・・・・・・・11ページ

注：特に注意書きがない箇所については、地域密着型通所介護サービス（要介護１～５）又は指定相当通所型サービス（要支援１・２及び介護予防・生活支援サービス事業対象者）を含んだものとなっています。

１．施設経営法人

（１）法　人　名　社会福祉法人旭寿会（きょくじゅかい）

（２）法人所在地　宮城県石巻市北村字幕ヶ崎一１７番地２

（３）電 話 番 号　０２２５－７３－２３２３

（４）代 表 者 名　理事長　菅野（かんの）　隆（たかし）

（５）設立年月日　平成３年１０月２５日

（６）経 営 事 業

河南第１事業所（宮城県石巻市北村字幕ヶ崎一１７番地２）
□特別養護老人ホーム一心苑
　指定介護老人福祉施設
　指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護

河南第２事業所（宮城県石巻市北村字庵ノ窪１番地１）
□一心苑デイサービスセンター
　指定通所介護
　指定相当通所型サービス（石巻市、東松島市、登米市）
□旭寿会訪問介護センター
　指定訪問介護
　指定相当訪問型サービス（石巻市、東松島市、登米市）
□旭寿会ケアサポートセンター
　指定居宅介護支援
　指定介護予防支援、介護予防ケアマネジメント（涌谷町）
□シニアホームかなん
　サービス付き高齢者向け住宅

雄勝事業所（宮城県石巻市雄勝町小島字和田１２３番地）
□特別養護老人ホーム雄心苑
　指定介護老人福祉施設
　指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護
　障害福祉サービス事業（短期入所）
□石巻市雄勝デイサービスセンター
　指定地域密着型通所介護、指定相当通所型サービス（石巻市）
□石巻市雄勝地域包括支援センター
　地域包括支援センター
　指定介護予防支援、介護予防ケアマネジメント（石巻市）

牡鹿事業所（宮城県石巻市鮎川浜清崎山７番地）
□特別養護老人ホームおしか清心苑
　指定介護老人福祉施設
　指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護
□石巻市牡鹿地域包括支援センター
　地域包括支援センター
　指定介護予防支援、介護予防ケアマネジメント（石巻市）
□清優館デイサービスセンター
　指定地域密着型通所介護、指定相当通所型サービス（石巻市）

２．ご利用施設

（１）事業所の種類　①指定地域密着型通所介護（石巻市）
②指定相当通所型サービス（石巻市）

（２）事業所の目的

①指定地域密着型通所介護は、介護保険法令に従い、ご利用者（契約者）がその有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるように支援するとともに、ご利用者を居宅等にて介護しているご家族等の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的として、通所介護サービスを提供します。

②指定相当通所型サービスは、介護保険法令に従い、「日常生活上の基本動作がほぼ自立し、状態の維持・改善可能性の高い」ご利用者がその有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるように支援するとともに、ご利用者を居宅等にて介護しているご家族等の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的として、ご利用者の状態に即した自立支援と「目標志向型」のサービスを提供します。

（３）事業所の名称　石巻市雄勝デイサービスセンター

（４）事業所所在地　宮城県石巻市雄勝町小島字和田１２３番地

（５）電 話 番 号　０２２５－５７－３６４５

（６）所　長　名　所長　原　律子

（７）運 営 方 針

一　事業所の従業者は、要介護状態等の心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。

二　事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供に努めるものとする。

三　明るく家庭的な雰囲気のもと、地域や家庭との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図るよう努めるものとする。

（８）開設年月日　平成９年４月１日（指定年月日　平成12年4月1日）

（９）利 用 定 員　１０人／１日あたり

※指定地域密着型通所介護と指定相当通所型サービスを合わせた人数

(10) 営　業　日　月曜日～金曜日

(11) 休　　日　土曜日、日曜日、年末年始（12月31日～1月3日）

(12) 営 業 時 間　午前８時００分～午後５時００分

(13) 施設の概要

＊建物構造：鉄筋コンクリート造ルーフィング葺平家建
＊延床面積：　７６６.96㎡
＊敷地面積：５,３８４.68㎡
＊併設事業所
①特別養護老人ホーム雄心苑
・指定介護老人福祉施設
宮城県　第０４７０２００８３３号
平成9年4月1日開設　平成12年4月1日指定

・指定短期入所生活介護
宮城県　第０４７０２００８３３号
平成9年4月1日開設　平成12年4月1日指定
・指定介護予防短期入所生活介護
宮城県　第０４７０２００８３３号
平成18年4月1日指定
・障害福祉サービス事業・短期入所
宮城県　第０４１０２０００６７号
平成18年10月1日指定

②石巻市雄勝地域包括支援センター
・指定介護予防支援
石巻市　第０４００２０００７７号
平成18年4月1日開設　平成18年4月1日指定
・介護予防ケアマネジメント（石巻市）
石巻市　第０４００２０００７７号
平成30年4月1日指定

(14) 宮城県指定福祉サービス第三者評価機関による第三者評価の受診状況：実績なし

(15) 施設の周辺環境

南三陸金華山国定公園に隣接し、太平洋・雄勝湾を一望する高台に建ち、緑豊かな場所にあります。

(16) 設備及び備品等の概要

デイサービスセンターでご用意している主な設備等は以下のとおりです。全箇所冷暖房完備となっております。

主な設備の種類	室　数	面　積	備　考
食堂及び機能訓練室	１室	Ⓐ179.50㎡	Ⓐ÷定員10名＝ 1人@17.95㎡ （居宅基準第95条 1人@3.0㎡）
静　養　室	１室	20.25㎡	
浴　　室	１室	41.25㎡	機械浴１、普通浴１
相　談　室	１室	12.5㎡	
事　務　室	１室	34.34㎡	

注１）上記は、厚生労働省が定める基準により、指定通所介護に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備のご利用にあたって、ご利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

注２）消火設備その他の非常災害に際して必要な設備（消防法その他の法令等に規定された設備の設置等）を備えております。

３．職員の配置状況等

デイサービスセンターでは、ご利用者に対して通所介護サービスを提供する職員として、指定基準を遵守した以下の職種の職員を配置しています。

＜職員の配置状況＞　　※実人数の（　）は兼務者の内数

職　　種	実人員	常勤換算後の人員	指定基準
１.所　長（管理者）※雄心苑施設長等と兼務	1	0.1	1
２.生活相談員　　※介護員と兼務２名	２（２）	1.0	1
３.介　護　員　　※生活相談員と兼務２名	３（３）	1.2	1
４.機能訓練指導員　※雄心苑看護職員と兼務	1	0.1	1
５.業　務　員　　※雄心苑業務員と兼務	1	0.1	－
合　　計	6	2.5	

注１）指定基準数は、指定通所介護の１０人の利用予定者数に対しての基準数です。

注２）常勤換算とは、職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を、当施設における常勤職員の所定勤務時間数（週４０時間）で除した数です。

（例）週３０時間勤務のパート介護職員が４名いる場合、常勤換算では３名となります。
式：３０時間×４名÷４０時間＝３名

４．介護保険給付等の対象となるサービス

以下のサービスは、食事を除き、利用料金の９割から７割が介護保険給付費又は第一号事業支給費から給付されます。ご利用されるサービスの利用料金から、介護保険給付等の額を除いた金額（＝自己負担額）をお支払いください。サービスの利用料金は、ご契約者の要介護状態等区分に応じて異なります。また、自己負担額は「介護保険負担割合証」に基づく負担割合に応じて異なります。

□サービスの概要

①食　事（食費は別途ご負担いただきます）

◇デイサービスセンターでは栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

◇食事時間　　午後１２：００～午後１：００

②入　浴

◇普通浴槽・機械浴（リフト付き）の２種類があります。

◇入浴時間　　午前９:３０～午前１１:３０

※ただし、行事等により時間が変更する場合もあります。

③身体の介護

◇ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立を促すための援助を行います。

◇ご利用者の状況に応じて適切な移動時、移乗時の介助を行います。

④機能訓練

◇看護・介護職員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤通常の事業範囲

◇石巻市

（旧雄勝町の全域と雄勝事業所から半径25㎞圏内）

（１）指定地域密着型通所介護の体制等状況及びサービス利用料金

■体制等状況一覧表

□地域区分　　その他

□割　　引　　なし

□その他該当する体制等

・職員の欠員による減算	なし
・高齢者虐待防止措置実施の有無	基準型
・業務継続計画策定の有無	基準型
・時間延長サービス体制	対応不可
・共生型サービスの提供	なし
・生活相談員配置等加算	なし
・入浴介助加算（Ⅰ）	あり　　４０単位／日
・中重度者ケア体制加算	なし
・生活機能向上連携加算	なし
・個別機能訓練体制	なし
・ＡＤＬ維持等加算申出の有無	なし
・認知症加算	なし
・若年性認知症利用者受入加算	あり
・栄養アセスメント・栄養改善体制	なし
・口腔機能向上加算	なし
・科学的介護推進体制加算	なし
・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	あり　　２２単位／日
・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	基本料金と加算料金の月額合計の１２．７％

■指定地域密着型通所介護利用料（日額）　令和6年6月1日改定

サービス提供時間：９時００分から１５時１５分（６時間以上７時間未満）

要介護状態区分		要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
基準利用料金		6,780円	8,010円	9,250円	10,490円	11,720円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		220円				
計		7,000円	8,230円	9,470円	10,710円	11,940円
１割負担	うち、介護保険等から給付される金額	6,300円	7,407円	8,523円	9,639円	10,746円
	サービス利用にかかる自己負担額	700円	823円	947円	1,071円	1,194円
２割負担	うち、介護保険等から給付される金額	5,600円	6,584円	7,576円	8,568円	9,552円
	サービス利用にかかる自己負担額	1,400円	1,646円	1,894円	2,142円	2,388円
３割負担	うち、介護保険等から給付される金額	4,900円	5,761円	6,629円	7,497円	8,358円
	サービス利用にかかる自己負担額	2,100円	2,469円	2,841円	3,213円	3,582円

注１）基準利用料金は、サービス提供時間が６時間以上７時間未満の場合の利用料金となります。サービス提供時間を短縮又は延長された場合は、基準利用料金の増減があります。９時間以上の利用延長には対応できません。

注２）送迎料金は利用料に含まれますので、自己負担はありません。

■その他の利用料（日額）

注３）「入浴介助体制加算（Ⅰ）」として、入浴介助を行った場合はとして、１日につき40円（２割負担：80円、３割負担：120円）が加算されます。

注４）「若年性認知症利用者受入加算」として、若年性認知症利用者に対してサービス提供を行った場合は、１日につき60円（２割負担:120円、３割負担:180円）が加算されます。

注５）送迎未実施減算

送迎を行わなかった場合は、片道につき47円（２割負担：94円、３割負担：188円）

注６）基準利用料金と加算料金の月額合計には、「介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ」として12.7%が加算されます。

（２）指定相当通所型サービスの体制等状況及びサービス利用料金

■体制等状況一覧表

□地域区分　　その他
□割　　引　　なし
□その他該当する体制等

・職員の欠員による減算	なし
・高齢者虐待防止措置実施の有無	基準型
・業務継続計画策定の有無	基準型
・生活機能向上グループ活動加算	なし
・若年性認知症利用者受入加算	あり
・栄養アセスメント・栄養改善体制	なし
・口腔機能向上加算	なし
・一体的サービス提供加算	なし
・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	あり
・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	基本料金と加算料金の月額合計の１２．７％

■指定相当通所型サービス利用料　※令和6年6月1日改定

①１週当たりの標準的な回数を定める場合（月額）

要支援状態等区分		通所型サービス１ （要支援１・事業対象者） ※週に１回程度	通所型サービス２ （要支援２・事業対象者） ※週に２回以上程度
基準利用料金		17,980円	36,210円
１割負担	うち､介護保険から給付される金額	16,182円	32,589円
	サービス利用にかかる自己負担額	1,798円	3,621円
２割負担	うち､介護保険から給付される金額	14,384円	28,968円
	サービス利用にかかる自己負担額	3,596円	7,242円
３割負担	うち､介護保険から給付される金額	12,586円	25,347円
	サービス利用にかかる自己負担額	5,394円	10,863円

注１）送迎料金は利用料に含まれますので、自己負担はありません。
注２）基準利用料金は月毎の定額制となっていますが、月の途中で要支援度の区分変更や、利用されるサービスの変更等が生じた場合等は、日割り計算を行います。

②日割り計算の場合

要支援状態等区分		通所型サービス１ （要支援１・事業対象者）	通所型サービス２ （要支援２・事業対象者）
基準利用料金		590円	1,190円
１割負担	うち､介護保険から給付される金額	531円	1,071円
	サービス利用にかかる自己負担額	59円	119円
２割負担	うち､介護保険から給付される金額	472円	952円
	サービス利用にかかる自己負担額	118円	238円
３割負担	うち､介護保険から給付される金額	413円	833円
	サービス利用にかかる自己負担額	177円	357円

注１）送迎料金は利用料に含まれますので、自己負担はありません。

③その他の加算／減算

上記①又は②の自己負担額には、以下のとおり料金を加算する場合、又は減算する場合があります。

・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

介護福祉士や勤続年数の長い職員の配置により、ご利用者一律にいただく加算です。１月につき、通所型サービス１で88円（２割負担：176円、３割負担：264円）、通所型サービス２で176円（２割負担：352円、３割負担：528円）が加算されます。

・若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症利用者に対してサービス提供を行った場合は、上記①、②の自己負担額に１月につき240円（２割負担:480円、３割負担：720円）が加算されます。

・送迎未実施減算

送迎を行わなかった場合は、片道につき47円（２割負担：94円、３割負担：188円）

・介護職員等の処遇改善に係る加算

基準利用料金と加算料金の月額合計には、「介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ」として12.7%が加算されます。

５．介護保険給付等の対象とならないサービス

以下のサービスは利用料金の全額がご利用者の負担となります。

ただし、実費以外の利用料金については、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合は、事前に変更の内容と変更する事由についてご説明いたします。

■サービスの概要と基本料金

①食費（食事の提供）

ご利用者に提供する食事にかかる費用です。（おやつ代を含む）

利用料金：１日あたり６６０円

②行事・クラブ・レクリエーション活動

ご利用者の希望により、行事やクラブ活動等に参加していただくことができます。

その内容により、材料費や入場料等の実費をいただくことがあります。この場合は、事前に金額等の説明を行い、ご了解の上参加していただきます。

（例：入場料、弁当代、特別な創作品材料費など）

③複写物（コピー）の交付

ご利用者及びご家族等は、サービスの提供についての記録をいつでも閲覧できます。複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

利用料金：１枚あたり１０円

④通常の事業の実施範囲を越えての送迎

利用料金：１㎞あたり８０円

６．利用料金のお支払い方法（契約書第６条参照）

前記４、５のサービス利用料金を１ヶ月ごとに計算し、当月の合計額の請求書に明細を付して、翌月１５日までにご利用者にお渡しします。

ご利用者は、この請求書に基づき、当月のサービス利用料金の合計額を、翌月の末日までに、事業者にお支払いください。

①指定の郵便局振替用紙で郵便局への支払い（手数料は事業者負担）

②ご契約者様等の郵便局口座からの自動払い込み
（自動引き落とし・手数料は事業者負担）

７．利用中止に伴うキャンセル料金

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無　料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合で、利用者の体調不良など正当な理由がない場合	食費６６０円

８．サービス利用中の医療について

①ご利用者が、指定する主治医（かかりつけ医）や医療機関がある場合は、その医療機関と連絡をとり必要な措置が受けられるよう配慮します。

②利用中、通院が必要となった場合は、原則としてご家族等にしていただくことになります。ご家族等が出来ない場合は職員が代行します。

③ご利用者の心身の状態に急変があった場合は救急車を要請します。

９．相談・苦情等の受付について

（１）デイサービスにおける相談・苦情の受付

サービスに対する相談や苦情等は以下の窓口と担当者が受け付けます。

■苦情受付窓口　　担 当 者　　生活相談員兼介護員
菅原（すがわら） 真理子（まりこ）、千葉（ちば） さちえ

電話番号　　０２２５－５７－３６４５

受付時間　　毎日９：００～１７：００

注）担当者が不在の場合は、他職員が責任を持って対応いたします。

（２）その他の相談・苦情受付機関

石巻市役所本庁 介護保険課	所 在 地　〒986-8501　石巻市穀町１４番１号 Ｔ Ｅ Ｌ　０２２５－９５－１１１１（代表） Ｆ Ａ Ｘ　０２２５－９２－５７９１ 受付時間　８：３０～１７：００

注）上記以外に、ご利用者の保険者である各市町村ならびに国民健康保険団体連合会等でも受付しています。

１０．事故の対応と損害賠償責任について

（１）事業所における事故等の対応について

事業者は、事業所で提供するサービスの実施中に事故が生じた場合には、速やかにご利用者の家族・市町村・担当の居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）等に連絡して必要な措置を講じます。

（２）損害賠償責任について

事業者は、事業所で提供するサービスの実施にともなって、事業者の責に帰すべき事由によりご利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。守秘義務（契約書第１０条）に違反した場合も同様とし、事業者は損害賠償責任を速やかに履行します。

ただし、ご利用者に故意又は過失が認められ、ご利用者の置かれた心身の状況を考慮して相当と認められる場合には、損害賠償額を減じることができます。

１１．身体拘束の廃止について

（１）身体拘束の原則廃止について

事業者は、サービスの提供にあたって、ご利用者、他の利用者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行いません。ただし、緊急やむを得ず身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行う場合は、事前にご利用者及び家族等に対し、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を説明し、同意を得ます。

（２）緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の判断等について

身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行う、「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかの判断、並びに身体拘束の方法及び時間等は、原則として個人では行わず、複数の関係職員による協議により決定します。

（３）緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の記録について

事業者は、緊急やむを得ず身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行う場合は、その方法及び時間、その際のご利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由等を記録します。

（４）身体拘束廃止の取り組みについて

事業者は、緊急やむを得ず身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行った場合は改善計画を作成し、事業所全体で身体拘束廃止に取り組みます。

１２．人権擁護・虐待防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待防止等のため、責任者を設置する等の必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。

１３．サービスの利用に関する留意点

（１）利用の要件

①当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果、要支援又は要介護と認定された方と、介護予防・生活支援サービス事業対象者の方が対象となります。非該当(自立)の方は利用できません。

②デイサービスセンターは医療機関ではありませんので、利用中に特別な医療行為を必要とされる方についてはご相談ください。また、ご利用者が利用開始後に伝染病疾患を有していることが判明し、当事業所の医療体制や設備では、治療や感染予防上の対応が困難な疾患の内容や状態である場合は、利用を中止していただく場合があります。

③著しく他のご利用者に迷惑を及ぼす問題行動等がある場合で、通常の介護方法ではそれを防ぐことができないと判断される場合は、利用をお断りする場合があります。

（２）利用の申し込み

利用の申し込みは、要介護１～５の方は担当の居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）へ、要支援１・２及び介護予防・生活支援サービス事業対象者の方は地域包括支援センターへお申し込みください。

（３）利用時の必要物品

利用中の必要物品は別紙のとおりです。

（４）診断書の提出

①利用に際し原則として健康診断書の提出は不要です。ただし、利用前の実態調査時、または入所当日に、感染症（結核、疥癬、インフルエンザ、ノロウイルス等）の発症が疑われる場合には、医療機関にて、その症状についての検査を受けていただく場合があります。また、結核の既往歴のある方で、義務づけられている年１回の結核検診を過去１年間受けていない方については、発病が疑われる症状が出ていない場合でも医療機関にて検査を受けていただきます。なお、当該検査費用は、原則としてご利用者の負担となります。

②病院等から退院後、すぐに利用される場合は、入院先の医師の紹介状や看護サマリー（要約）を提出していただきます。

（５）介護認定等調査資料の提供

利用の可否の判断並びに利用中の介護サービス計画作成のための参考資料として、事業者は、ご利用者の介護認定調査資料（主治医意見書等）や利用者基本情報等の写しを、ご利用者が利用している居宅介護支援事業所や地域包括支援センターより取り寄せることができることとします。

（６）他関係サービス機関からの情報収集

事業者は、ご利用者へのサービス提供にあたって特に必要と思われる場合は、ご利用者が利用している他の居宅介護サービス事業所やかかりつけ医から、必要な情報を聞き取ることができることとします。

（７）食　事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出ください。前日までに申し出があった場合は食材料費のご負担はありません。

（８）喫　煙

施設内の喫煙は、所定の場所でお願いします。利用中は、原則としてご利用者のタバコとライターは事業者側で保管させていただきます。

（９）持参される薬

利用時に持参される薬の分量や投与方法を事業所側で確認するのに大変な時間がかかる場合があります。薬を適正に管理するために、「お薬手帳」、「内服薬の説明書」等の情報を定期的に確認させていただける様ご協力お願いします。

(10) 施設・設備の使用上の注意

①施設、設備、敷地はその本来の用途に従って利用してください。
②故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者に自己負担により現状に復していただくか、相当の代価をお支払いいただく場合があります。
③デイサービスの職員や他の利用者に対し迷惑を及ぼすような、宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(11) ハラスメントの禁止

以下のような行為（カスハラ）が認められた場合、サービスの提供を中止、または契約を解除させていただくことがあります。

①身体的な攻撃：職員を叩く、蹴る、物を投げつける等。
②精神的な攻撃：脅迫、暴言、人格否定的な発言、大声での怒鳴りつけ、執拗な叱責。
③過大な要求：運営規程や契約範囲を超えたサービスの要求、長時間の拘束、土下座の要求。
④個の侵害・ハラスメント:職員に対するセクシャルハラスメント、プライバシーの侵害。

(12) その他

①デイサービスは特定の宗教のもとには運営していません。ただし、正月には神職を招いて新年祈祷を行います。また１２月にはクリスマス会を催します。ご利用者の信条の違いにより、こうした行事へ参加されないことは自由です。
②ボランティアや研修生や実習生等に、ご契約者のお世話の一部をしていただく場合があることを予めご了承願います(その内容や範囲については別途基準を設けます)。
③利用者間での飲食物等のやりとりはご遠慮ください。食事制限されている方や飲み込みに障害のある方の場合は、重大な事故の原因になります。
④デイサービスではご家族や外部の方々にデイサービス内の活動状況を紹介し、デイサービスへの理解を深めていただくため、定期で機関紙を発行しています。また、運営法人ではホームページやインスタグラムを開設しています。これらの広報等の媒体に、ご契約者の写真や動画を掲載させていただく場合があります。写真や動画の掲載の可否については、別紙「インターネット媒体及び広報誌等への写真等の使用に係るご意向確認書兼同意書」にて判断させていただきます。

※この重要事項説明書は、厚生省第３７号（平成11年3月31日）第９６条の規定に基づき、利用申込者またはその家族へ重要事項説明のため作成したものです。

令和　　年　　月　　日

□ 私は、通所介護サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

〈住　所〉 宮城県石巻市雄勝町小島字和田１２３番地

〈事業者〉 石巻市雄勝デイサービスセンター

〈代表者〉 所 長　　原　律子

説明者　職名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

□ 私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所介護等のサービスの提供開始に同意しました。

ご利用者
（ご契約者）　　**住　所**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

署名代行者　　**住　所**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

ご契約者の家族等　　**住　所**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※署名代行者に同じ場合は同上とご記入ください

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

R8.8.1